



DÉFICITS DE AUTOCUIDADO DE IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

SELF-CARE DEFICITS OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY WOMEN

DÉFICITS DE AUTOCUIDADO DE ANCIANAS INSTITUCIONALIZADAS

Natasha Marques Frota¹, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos², Enedina Soares³, Jaydê Moraes Gonçalves de Moura⁴, Andréa de Carvalho Costa⁵, Joselany Áfio Caetano⁶

Estudo descritivo, cujo objetivo foi identificar os déficits de autocuidado de idosas institucionalizadas. Foi desenvolvido durante o segundo semestre de 2009, numa instituição asilar de Fortaleza-CE. Para coleta de dados, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada, com enfoque nos fatores condicionantes e nos requisitos para o autocuidado, aplicado em 24 idosas. Os resultados denotaram que os principais motivos que ocasionaram a institucionalização foram: ausência de parentes, indisponibilidade dos filhos para o provimento de cuidados, e necessidade de viver em ambiente de paz e sem conflitos. Os déficits de autocuidado estavam relacionados aos seguintes fatores: hidratação, eliminação, sono e repouso, manutenção da saúde, interação social, adaptação ao ambiente institucional e às alterações do ciclo vital, controle dos problemas crônicos de saúde. A partir das demandas e/ou necessidades de autocuidado identificadas, o sistema de apoio educativo de Orem irá subsidiar as intervenções de enfermagem que visem engajar as idosas nas ações de autocuidado.

Descritores: Saúde da Mulher; Saúde do Idoso; Autocuidado; Instituição de Longa Permanência para Idosos.

This is a descriptive study that aimed to identify the self-care deficits of institutionalized elderly women. It was carried out during the second semester 2009, in a nursing home in Fortaleza-CE, Brazil. For data collection we used a semi-structured interview schedule, focusing on conditioning factors and self-care requirements, applied to 24 elderly women. The results show that the main reasons that led to the institutionalization were: absence of relatives, unavailability of children to provide care and need to live in a peaceful environment, without conflicts. Self-care deficits were related to the following factors: hydration, elimination, sleep and rest, health maintenance, social interaction, adaptation to the institutional environment and to changes in the life cycle, control of chronic health problems. From the self-care demands and/or needs identified, the supportive educative system of Orem will subsidize the nursing interventions that aim to engage the elderly women in self-care actions.

Descriptors: Women's Health; Health of the Elderly; Self Care; Homes for the Aged.

Estudio descriptivo, cuyo objetivo fue identificar las deficiencias de autocuidado de ancianas institucionalizadas. Desarrollado durante en 2009, en hogar de ancianos en Fortaleza-CE, Brasil. Para recoger los datos, se utilizó entrevista semiestructurada, centrándose en factores condicionantes y requisitos de autocuidado, aplicadas a 24 ancianas. Los resultados señalaron que las principales razones que llevaron a la institucionalización fueron: ausencia de familiares, falta de disponibilidad de niños para prestación de la atención y necesidad de vivir en ambiente de paz, sin conflictos. Déficit de autocuidado se relacionaron con los factores: hidratación, eliminación, sueño y descanso, mantenimiento de la salud, interacción social, adaptación institucional para el medio ambiente y cambios en el ciclo de vida, control de problemas de salud crónicos. De las demandas y/o necesidades de autocuidado identificadas, el sistema de apoyo educativo de Orem podrá ofrecer intervenciones de enfermería con objetivo de involucrar a las ancianas en acciones de autocuidado.

Descriptores: Salud de la Mujer; Salud del Anciano; Autocuidado; Hogares para Ancianos.

¹Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC, Brasil. E-mail: natashafrota_@hotmail.com.br

²Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR, Brasil. E-mail: zeliasantos@unifor.br

³Enfermeira Livre-Docente. Professora do Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Brasil. E-mail: soaresene@ig.com.br

⁴Enfermeira da Unidade Básica de Saúde da Família-UBASF de Catunda Ceará, Brasil. Email: jaydemgm@hotmail.com

⁵Enfermeira da Unidade Básica de Saúde-UBASF de Pindoretama-Ceará, Brasil. E-mail:drea-enf@hotmail.com

⁶Enfermeira Doutora. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFC, Brasil. E-mail: joselany@ufc.br.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da Saúde Pública contemporânea. Este fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, porém é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada. Nessa classificação, inclui-se o Brasil, que deverá ocupar a sexta posição, com faixa central entre oitenta ou mais anos de idade⁽¹⁾.

Esse novo contingente populacional, frente a modificações na estrutura familiar e à dinâmica da sociedade, em que há, cada vez mais, a inserção do maior número possível de integrantes da família no mercado de trabalho, em especial da mulher, expõe a pessoa idosa ao risco de vir a ser institucionalizada. No Brasil, existem 200 mil abrigos para idosos e a maior parte de asilados é do sexo feminino⁽²⁾.

Acredita-se, portanto, que a velhice causa transformações expressivas, sejam elas nas esferas biológica, psicológica, familiar, social e econômica. Geralmente atreladas a estas mudanças, ocorrem também as doenças crônicas, o que exige do idoso modificações em seus hábitos diários, nos papéis que desempenham, enfim, uma nova reestruturação em suas vidas. E, quando o idoso encontra-se institucionalizado, estas transformações são ainda mais dramáticas, pois, quase sempre, ele se insere num grupo privado de seus projetos, afastado da família, da casa, dos objetos de estimação, dos amigos, das relações nas quais sua história de vida foi construída⁽³⁾.

Vale ressaltar que a Instituição de Longa Permanência para Idoso (ILPI) ou instituição asilar é considerada um sistema social organizacional que deve desempenhar a função de assistir pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social, ou seja, sem vínculo familiar ou sem condições de garantir sua subsistência e necessidade de moradia, alimentação, saúde e convivência social⁽⁴⁾.

As alterações inerentes ao ciclo vital, associadas ou não às doenças crônico-degenerativas, podem comprometer a capacidade do idoso para o autocuidado, essencial para a promoção da saúde, prevenção e intervenção nos agravos.

Um dos modelos que pode direcionar as ações assistenciais do enfermeiro em uma instituição asilar e responder às necessidades dos idosos advém da Teoria do Déficit do Autocuidado (TDAC)⁽⁵⁾, que tem como postulado principal a incapacidade da pessoa em cuidar de si para atingir a saúde e/ou o bem-estar, ocorrendo esse déficit quando há um desequilíbrio entre a capacidade para o autocuidado e sua demanda terapêutica.

O autocuidado deve ser estimulado não somente para a promoção da saúde como também para resgatar a autoestima, atributo imprescindível a qualquer pessoa, e principalmente ao idoso, o que corrobora a sensação de independência. Portanto, quando o idoso se torna dependente parcial ou total, perde a sensação de liberdade e se sente extremamente incomodado por ter de depender de outros para realizar atividades como alimentar-se, higienizar-se e locomover-se.

Face ao exposto, destaca-se que o problema deste estudo refere-se, então, aos seguintes questionamentos: a partir do levantamento dos requisitos de autocuidado e dos fatores condicionantes das idosas institucionalizadas, é possível identificar a demanda terapêutica e os déficits de autocuidado? A TDAC aborda pressupostos teóricos que permitam elencar questões importantes que possam ser abordadas junto às idosas institucionalizadas?

A partir desses questionamentos, delineou-se como objetivo conhecer os déficits de autocuidado de idosas institucionalizadas; identificar as barreiras para adesão das idosas institucionalizadas ao tratamento de possíveis problemas de saúde e propor estratégias educativas para o fortalecimento da autonomia e das

habilidades das idosas em exercer suas atividades cotidianas.

Justifica-se a utilização da Teoria do Déficit do Autocuidado com idosas institucionalizadas, por entender que o processo de envelhecimento e o aumento da população idosa urge pela incorporação do autocuidado como uma estratégia efetiva de prevenção e tratamento para as enfermidades crônicas, além da incorporação de condutas saudáveis para o seu estilo de vida.

A Teoria do Déficit de Autocuidado constitui a essência da Teoria Geral da Enfermagem de Dorothea Orem. Nela apresentam-se três construções teóricas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, todas interligadas e interrelacionadas, apresentando, como foco principal, o autocuidado, e, como possibilidade, a aplicação a todos os pacientes que necessitem de cuidado⁽⁵⁾.

A Teoria do Déficit de Autocuidado estabelece a relação existente entre a capacidade de ação do indivíduo e a sua demanda para o autocuidado⁽⁵⁾. Desta forma, o termo déficit se refere a uma relação entre as ações que os indivíduos deveriam desenvolver e aquelas em que demonstram capacidade, no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar.

Os principais conceitos da Teoria do Déficit do Autocuidado compreendem: agente de cuidado, demanda de autocuidado terapêutico, déficit de autocuidado e ação da enfermagem. Além desses conceitos, são importantes os aspectos relativos aos requisitos de autocuidado e aos fatores condicionantes para o autocuidado.

O agente de autocuidado é visto como a capacidade dos indivíduos em desenvolver ação no sentido de regular o seu desenvolvimento e funcionamento; definir o que pode e o que deve ser realizado e desenvolver as atividades selecionadas no sentido de atender às demandas de autocuidado.

Quando existe incapacidade para o desempenho dessas ações, por problemas de saúde, o enfermeiro pode assumir por certo período a situação de agente de autocuidado.

As demandas terapêuticas de autocuidado são medidas necessárias para atender aos requisitos de autocuidado do tipo universal, de desenvolvimento ou de desvios de saúde, ou seja, é o conjunto de ações julgadas válidas e confiáveis, no sentido de controlar fatores que afetem o desenvolvimento e a regulação do corpo humano⁽⁵⁾.

O déficit de autocuidado não significa "desordem humana", podendo, no entanto, estar relacionado à figura de uma desordem funcional ou estrutural do homem. Portanto, esse déficit é identificado a partir da relação entre as demandas de autocuidado e a incapacidade de ação dos indivíduos para atender a essas demandas.

Assim, definem-se três tipos de requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento e desvio de saúde⁽⁵⁾. Os requisitos universais estão associados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano, estes são comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo vital, por exemplo, as atividades do cotidiano.

Entende-se que os requisitos de desenvolvimento sejam as expressões especializadas de requisitos universais que foram particularizados por processos de desenvolvimento, associados a algum evento; adaptação a um novo trabalho ou adaptação a mudanças físicas.

Já os requisitos de desvio de saúde são exigidos em condições de doença, ferimento ou moléstia, ou podem ser consequência de medidas médicas exigidas para diagnosticar e corrigir uma condição.

Os fatores condicionantes para o autocuidado são internos ou externos ao indivíduo, afetando sua capacidade de se engajar no autocuidado, ou seja, idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de

saúde; fatores socioculturais, familiares e ambientais; aspectos relativos ao sistema de assistência à saúde, ao padrão de vida e à disponibilidade de recursos.

Atuar na identificação dos déficits de autocuidado (AC) permite ao enfermeiro o planejamento de ações específicas e individualizadas a cada necessidade que o idoso apresenta, com ênfase na educação em saúde. Acredita-se, portanto, que a partir do momento em que o idoso conscientizar-se do seu estado de saúde, das complicações e de como alcançar um prognóstico eficaz, ele percorrerá passos que o encaminharão ao autocuidado, no qual o protagonista deve ser o próprio idoso.

MÉTODOS

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido durante o segundo semestre de 2009, numa instituição asilar situada na região metropolitana de Fortaleza-CE.

Os critérios de inclusão dos sujeitos foram: pessoas que residiam na instituição asilar em estudo, apresentando estado clínico estável, idade igual ou superior a 60 anos, em condições cognitivas e mentais para responder o instrumento da pesquisa. A amostra final foi composta de 24 idosas, pois a instituição destinava-se ao atendimento feminino de forma exclusiva.

O número de sujeitos foi condicionado ao critério de saturação dos dados, que ocorre quando as informações tornam-se repetidas ou o acréscimo de novos dados for mínimo para submeterem-se aos procedimentos de análise⁽⁶⁾.

Para a coleta de dados, foram realizados encontros individuais, em que foi aplicado um instrumento previamente elaborado, baseado na TDAC. Esse instrumento constituiu-se de um roteiro, com questões que contemplaram dados de identificação, fatores condicionantes para o autocuidado (oxigenação, hidratação, alimentação, eliminação, atividade e

repouso, promoção da saúde, solidão e interação social), identificação das demandas terapêuticas para o autocuidado (adaptação ambiental, adaptação às mudanças do ciclo vital e significado de mudanças), segundo os requisitos universais, de desenvolvimento e de desvios de saúde (adesão ao tratamento).

As entrevistas foram realizadas em uma das salas de atendimento da instituição, para manter a privacidade. Foi aplicado em apenas um encontro e cada entrevista durou em média uma hora.

Para análise das informações emergidas das entrevistas utilizamos a análise de conteúdo, na modalidade temática, definida como uma técnica que consiste em apurar descrições de conteúdo aproximativas, subjetivas, para pôr em evidência a objetividade, a natureza e as forças relativas aos estímulos a que o sujeito é submetido⁽⁶⁾.

Para garantir a fidelidade e confiabilidade das informações obtidas, procurou-se transcrever, na íntegra, as entrevistas gravadas com autorização das participantes para, depois, categorizá-las. Os resultados foram analisados de forma descritiva, tendo como referencial teórico principal a Teoria do Déficit do Autocuidado. Por meio da análise das entrevistas e da transcrição de alguns discursos das idosas institucionalizadas partícipes do estudo, foram encontrados déficits de AC, apresentados em quadros.

Vale acrescentar que, antes de iniciada a coleta de dados, as idosas foram orientadas quanto aos objetivos do estudo e depois assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O sigilo sobre as informações prestadas, a omissão de suas identidades lhes foram garantidos. Quanto à identidade, os nomes foram substituídos pela letra E, seguida da numeração de 1 a 24, em consonância com a sequência de cada entrevistado. Em obediência à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde⁽⁷⁾, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Messejana, sob protocolo 219/07.

RESULTADOS

Caracterização das partícipes – condicionantes básicos para o autocuidado

A amostra foi composta de 24 idosas institucionalizadas. No que se refere à faixa etária das partícipes, encontrava-se entre os idosos longevos - 80 anos, destas, sete eram viúvas, quatro, separadas e treze, solteiras. Dentre as idosas, vinte e duas declararam renda mensal variando de um a dois salários mínimos, enquanto duas recebiam mais de três salários, provenientes de aposentadoria ou pensões do Instituto Nacional de Seguridade Social-INSS.

Quanto à escolaridade, cinco concluíram a alfabetização, treze o Ensino Fundamental e seis possuíam o Ensino Médio incompleto. Com relação à ocupação, quatro eram costureiras, seis foram empregadas domésticas e as demais se ocuparam de atividades próprias do lar. Quatorze idosas eram naturais de outros municípios do Ceará, cinco nasceram em Fortaleza-CE, quatro procediam de outros estados do Brasil – Acre, Pará e São Paulo, e uma era de nacionalidade portuguesa.

No tocante à permanência na Instituição Asilar (IA), dez referiram morar na instituição de um a cinco anos, quatorze entre seis e dez anos. As mulheres revelaram três motivos que justificaram sua permanência na IA, dentre os quais apontaram: ausência de parentes, indisponibilidade dos filhos em prestar-lhes cuidados necessários e busca por paz.

A satisfação referida pelas mulheres com a convivência na instituição estava vinculada aos cuidados recebidos, à acolhida, ao ambiente seguro, tranquilo e privativo e ao convívio com outras pessoas.

Déficits de autocuidado

Foram apresentados os requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvios de saúde, dispostos em três quadros.

Os déficits AC universais encontrados nos discursos das idosas institucionalizadas se relacionaram à ingestão hídrica, à alimentação, à eliminação, ao sono e repouso, à atividade física, promoção da saúde, solidão e interação social (Quadro 1). No requisito oxigenação, embora o domicílio fosse ventilado e isento de poluentes, todavia, no espaço peridomiciliar, havia fumaça oriunda do tabagismo praticado por outros idosos da IA.

Quadro 1 – Requisitos de autocuidado universal das idosas institucionalizadas.

Requisitos de autocuidado universal	Descrição das falas
Oxigenação	<i>...minha casinha é limpa, ventilada, e não tem mofo, mas ao redor tem muita fumaça de cigarro... (E9).</i>
Hidratação	<i>...gosto de tomar água, porque faz bem à saúde, mas suco e chá são meus prediletos, e refrigerante só tomo em ocasiões especiais, o que raramente acontece... (E5). ...tomo pouca água, porque não sinto sede, pois a comida é insossa e não posso comer doces... (E10).</i>
Alimentação	<i>...as refeições vêm do refeitório da comunidade, e é adequada para velho, pois os alimentos são bem cozidos, e os pratos vêm molhados com caldos de carne, de frango ou de peixe... (E5). ...é só um tipo de comida para todo mundo, mas eu tenho vontade de comer carne assada com um salzinho, bolos, doces... (E4). ...eu não me dou bem com pão, eu fico empachada... (E15). ...eu como quase tudo que vem, só não gosto de verduras e não como peixe porque sou alérgica... (E14).</i>
Eliminação	<i>...sinto muita dificuldade para defecar, às vezes passo de três dias sem fazer... (E14).</i>
Atividade e repouso	<i>...eu durmo bem, só acordo duas vezes na noite para urinar (E6). ...tomo sempre um comprimido de diazepam ... se não, não durmo direito. ...eu demoro a sentir sono, e quando consigo dormir, já quase de manhã, então acordo com o barulho das pessoas e com o sol... (E17). ...eu tiro um cochilo antes do almoço e outro depois, mais ou menos uma hora... (E11). ...durante o dia eu dou umas cochiladas na cadeira ou assistindo televisão, mas quando vou me deitar não consigo dormir... (E12). ...eu faço crochê, tricô, arrumo minha casinha, lavo minhas roupas... (E19). ...eu caminho quase todo dia com minhas companheiras, circulando o quarteirão pela calçada... (E9).</i>
Promoção da saúde	<i>...acho que não vale a pena fazer prevenção de problemas de saúde nem evitar, pois se Deus quiser, muda tudo... faz tempo que fiz exame de prevenção do câncer de mama e de útero. Na minha idade não acho necessário fazer; mas toda semana vem um médico aqui e tira nossa pressão... (E7). ...não aceitei a vacina da gripe, pois quem tomou ficou gripado... (E6).</i>
Solidão e interação social	<i>...sinto solidão por não ter mais ninguém no mundo e não tenho com quem conversar o tempo todo... (E15). ...a ausência dos meus filhos me causa muita solidão... (E9). ...gostaria de ter alguém para me assistir, ajudar, conversar e orientar-me ... (E14).</i>

As idosas ingeriam, além de água, sucos e chás, porém, raramente, refrigerante e café. A ingestão hídrica diária era em torno de dois litros, segundo cinco idosas, enquanto as demais consumiam quantidade inferior, em decorrência da ausência do hábito e falta de sede induzida pela alimentação hipossódica e isenta de carboidratos simples.

As refeições eram preparadas e distribuídas no refeitório central. As entrevistadas informaram que “comiam sem ajuda” e não apresentavam alterações relacionadas à mastigação e deglutição. Mencionaram que “a alimentação era coletiva, mas tinham suas preferências, intolerância e alergias”. O desejo de uma idosa de comer carne assada com sal e doces sinaliza a dificuldade que manifestou em relação à mudança de hábitos alimentares.

As eliminações intestinais eram diárias e de aspectos normais, citadas por oito idosas. Entretanto, as outras se queixaram de constipação, problema muito comum no idoso, em função de não seguir dieta

adequada, ingesta hídrica e realização de exercícios físicos.

Outro fator importante a ser considerado refere-se aos distúrbios do sono que acontecem na medida em que a idade avança. Quatorze mulheres costumavam levantar à noite para urinar, mas logo adormeciam, e referiam sono tranquilo e ininterrupto; as demais se queixaram de insônia. Quinze entrevistadas informaram que repousavam duas vezes ao dia, antes e após o almoço, durante uma hora. As restantes não tinham este hábito.

Quando questionadas sobre a prática de atividades físicas, referiram que as atividades rotineiras relacionavam-se aos trabalhos manuais e domésticos. A caminhada era o único exercício físico praticado por dez idosas.

As medidas preventivas e de promoção da saúde realizadas pelas idosas não eram eficazes, pois se resumiam na aferição da pressão arterial, que era realizada por um médico da IA, e vacinação contra a

gripe em cinco mulheres, pois as demais recusaram esta conduta com receio de adoecer.

Quatorze idosas aludiram à solidão nessa etapa da vida, sentimento relacionado à ausência e/ou perda de entes queridos e ausência de parentes no convívio.

Vinte e duas entrevistadas relataram adaptação satisfatória à permanência na IA. Todavia, os motivos de as idosas não se encontrarem adaptadas eram atribuídos à ausência dos filhos, da casa e das atividades da vida diária pregressa (Quadro 2).

Quadro 2 - Requisitos de autocuidado de desenvolvimento das idosas institucionalizadas.

Requisito de autocuidado de desenvolvimento	Descrição das falas
Adaptação ambiental	<p><i>...é necessário permanecer aqui, pois não tenho outro local para onde ir, nesta etapa da vida... (E4).</i> <i>...aceitei como determinação de Deus por ser sozinha... (E9).</i> <i>...foi fácil, pois comecei trabalhando e me adaptei às rotinas da comunidade ... (E13).</i> <i>...suporto porque é o jeito, pois meus filhos acham que aqui eu tenho mais assistência, mas sinto muita falta da minha casa e da minha família... (E3).</i></p>
Adaptação às mudanças do ciclo vital	<p><i>...eu era muito dinâmica. Agora sinto muitas dores no corpo... (E8).</i> <i>...eu era alegre, satisfeita. Hoje sinto solidão, saudades de minha saúde física e mental... (E13).</i> <i>...eu podia fazer de tudo. Hoje não aguento fazer esforços. São desígnios de Deus a serem vividos... (E17).</i> <i>...tinha uma família grande, era cuidada, recebia carinho, era dinâmica, não sentia dor/desconforto. Agora sinto tudo, mas Deus quis assim, e assim continuará até quando Ele quiser... (E2).</i></p>
Significado das mudanças	<p><i>...perdi todos os familiares e fiquei sozinha neste mundo... (E8).</i> <i>...meus filhos me deixaram aqui, porque eles não têm tempo de me dar assistência adequada... (E21).</i> <i>...quis sair de casa para ficar em paz, sem ninguém me tratando como uma inválida e sem direito a tomar nenhuma decisão na minha vida... (E10).</i></p>

As mulheres não se adaptaram satisfatoriamente às alterações inerentes ao ciclo vital, pois revelaram sentimentos de solidão, de tristeza e de saudade dos atributos da juventude.

Nos discursos das entrevistadas, observou-se que a adaptação ao ambiente ocorreu devida à insuficiência de opções, caracterizada pela ausência de parentes e poucos recursos financeiros. A aceitação das alterações na fase do ciclo vital em que se encontram era influenciada pela crença religiosa, isto é, estão na dependência da "vontade de Deus", embora estas alterações causassem desconfortos físicos e emocionais.

Entre as entrevistadas, sete eram hipertensas, seis informaram doenças reumáticas, três eram diabéticas, uma era portadora de epilepsia, duas queixaram-se de sinusite, e uma, de diverticulite. O

tratamento indicado para controlar os problemas de saúde era seguido sistematicamente por dezoito mulheres. Estas justificaram a sua adesão, em detrimento do risco para a saúde, alívio dos desconfortos físicos e amor à vida.

As entrevistadas apresentavam demandas de autocuidado relacionadas ao cumprimento das condutas terapêuticas, em detrimento do esquecimento na tomada da medicação e da aquisição deste por carência de recursos financeiros. A ausência às consultas aprazadas estava relacionada à dificuldade de locomoção inerente às limitações físicas e financeiras, relacionadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Requisitos de autocuidado por desvio de saúde das idosas institucionalizadas.

Requisito de autocuidado por desvio de saúde	Descrição das Falas
Adesão ao tratamento	<p><i>...não quero piorar o meu estado de saúde, caso contrário, eu já tinha morrido... (E13).</i></p> <p><i>...faço o tratamento, assim sinto um pouco de alívio com as dores... (E7).</i></p> <p><i>...sigo rigorosamente o tratamento, porque quem gosta da gente é a gente mesma, e a vida apesar de tudo, ainda é boa... (E15).</i></p> <p><i>...eu costumo esquecer de tomar os remédios. É por isso que a minha pressão está sempre alta e a diabete também... (E12).</i></p> <p><i>...nem sempre tem no posto, os remédios que o Doutor passa. E como são caros, eu não tenho condições de comprá-los... (E11).</i></p> <p><i>...devido à artrose nos joelhos, eu não consigo andar direito... (E10).</i></p>

Nas pessoas idosas, a diversidade de doenças e sintomas apresentados motiva a automedicação. Evidenciou-se que, frequentemente, essas pessoas apresentavam dificuldades para memorizar ou organizar adequadamente os horários em que os remédios deveriam ser ingeridos.

DISCUSSÃO

A Teoria do Déficit de Autocuidado proporciona um sistema geral para dirigir as atividades profissionais, quando as exigências de AC são maiores do que as capacidades do cliente para desenvolver o AC. Assim, existe a diferença entre necessidades e capacidade de AC, o que está associado não apenas com as limitações dos indivíduos em desempenhar medidas de cuidado, mas também com a falta de validade ou efetividade do autocuidado⁽⁵⁾.

A partir dessas definições e após o levantamento dos déficits de autocuidado do presente estudo, é fundamental buscar estratégias que possam ajudar as idosas no engajamento do AC. É importante também que os gerentes destas IA tenham consciência da necessidade de incorporar uma dieta equilibrada, instituir atividades físicas e, principalmente, as de educação em saúde.

Estas estratégias podem ser uma alternativa para fornecer um suporte nos aspectos de promoção do envelhecimento ativo, sexualidade, lazer, relações familiares, direitos sociais dos idosos, assim como

inúmeros outros requisitos de autocuidado de interesse da população com a qual se trabalha.

Além das atividades nas instituições asilares, as Unidades Básicas de Saúde (UBAS) também devem promover práticas saudáveis com os idosos, de maneira a incentivar o autocuidado e mobilizá-los a pensar sobre suas vidas e agir sobre o que favorece ou não o seu exercício, em termos pessoais e sociais⁽⁸⁾. Desta forma, em meio às necessidades dos indivíduos, o cuidado de enfermagem torna-se um meio de promoção, recuperação e reabilitação da autonomia social do indivíduo e conseqüentemente de sua saúde no que se refere ao déficit de autocuidado⁽⁵⁾.

Sendo assim, o enfermeiro como educador possui um papel primordial, que é ensinar a pessoa idosa a desenvolver ações de autocuidado, que possa auxiliar na manutenção dos requisitos de autocuidado universal, de desenvolvimento e de desvio de saúde.

No requisito universal, alguns déficits de autocuidado são claramente evidenciados na pessoa idosa. A exemplo da importância de estimular a ingestão hídrica, pois com a idade, o organismo tende a desidratar-se, e é possível que essa desidratação seja uma das causas do enfraquecimento de suas funções, pois o consumo insuficiente de água resulta na desidratação e na constipação, problemas comuns entre os idosos. Portanto, são recomendados oito copos de água diariamente, a não ser que isso seja contra indicado por um distúrbio de saúde⁽⁹⁾.

Nos programas de ensino para promoção da saúde, deve-se incluir o incentivo para uma dieta pobre em sódio e lipídeos saturados e rica em vegetais, frutas e peixe. O idoso requer uma diversificação de alimento para manter a nutrição balanceada⁽⁹⁾.

A constipação intestinal é um problema de saúde que surge em decorrência dos maus hábitos alimentares, da insuficiente ingestão de líquidos e frutas⁽¹⁰⁾. A nutrição pobre em fibras alimentares também resulta em risco para este problema, além dos casos que podem desencadear uma diverticulite⁽¹¹⁾. Uma alimentação inadequada, como por exemplo rica em hidratos de carbono, gordura, proteínas e pobre em fibras, farelos, líquidos, entre outros, colabora decisivamente para constipação intestinal. Problema comum nos idosos, além de não haver outros hábitos saudáveis de vida, que pioram ainda mais o problema⁽⁹⁾.

A predominância de muitos períodos breves de vigília nas pessoas idosas pode gerar a impressão de falta de sono ou insônia. Entretanto, o "cochilo" e a inatividade durante o dia contribuem para um sono mais curto durante a noite. Outros fatores também são vistos como produtores da vigília - artrite, nictúria e apnéia do sono - que podem causar interrupções do sono⁽⁹⁾.

O idoso em seu processo de envelhecimento vivencia várias alterações, como limitações físicas, alterações mentais e psicossociais que podem gerar sentimentos de solidão, abandono e tristeza. Para muitos, enfrentar a velhice significa enfrentar a solidão. Para os viúvos e viúvas, a sensação de estar sozinho torna-se uma experiência deprimente⁽¹²⁾.

A interação social estava prejudicada em dezessete mulheres, devido a limitações físicas e à insuficiente motivação. O isolamento é outro risco da terceira idade, talvez o mais frequente e doloroso, sobretudo quando, mais do que ao desapego dos outros ou causado pelos outros, é devido ao desapego de si mesmo⁽¹⁰⁾. Entretanto, nesta idade podem-se estreitar vínculos de amizade com pessoas que se encontram na

mesma situação, sendo esta uma maneira eficaz para a adaptação à solidão na velhice⁽¹³⁾.

Em um estudo realizado sobre julgamento clínico de enfermagem em idosos portadores de diabetes mellitus, fundamentado na teoria do déficit do autocuidado⁽¹⁴⁾, foi confirmado o seguinte diagnóstico de enfermagem: comportamento de saúde propenso ao risco relacionado à atitude negativa em relação aos cuidados de saúde, evidenciado por não agir de forma a prevenir problemas de saúde⁽¹⁵⁾. Este diagnóstico foi comum em todos os entrevistados, uma vez que não havia adesão completa ao regime terapêutico, o que incluiu a não restrição alimentar, não realização de exercícios físicos regulares e manutenção de um estilo de vida sedentário. Assim, abordar os déficits de autocuidado permite o planejamento de ações específicas e individualizadas a cada necessidade que o idoso apresente.

A mudança da residência particular para uma casa de repouso pode resultar em sentimentos de abandono, perdas e depressão. A institucionalização e o processo de adaptação trazem consigo mudanças radicais na vida do idoso, pois a convivência com seus familiares torna-se fracionada por alguns dias da semana ou alguns dias do mês⁽¹⁶⁾.

Sabe-se que, por mais que as instituições asilares sigam as normas exigidas pelo Estatuto do Idoso, as transformações que perpassam a vida dos idosos são consideráveis. Há influência sobre os fatores psicológicos, físicos e sociais como: perda dos familiares, adaptação às regras da instituição, perda da identidade, baixa autoestima, diminuição de atividades físicas por problemas de saúde ou falta de oportunidades, distanciamento do mundo externo, dentre outros⁽¹⁷⁾. Tudo isso pode tornar a adaptação do idoso mais difícil.

O envelhecimento é uma evolução progressiva que, por vezes, sem fronteiras definidas ou momentos especialmente qualificados, vai constituindo uma

sensação normalmente caracterizada por vivências negativas. A influência da religiosidade na vida do idoso pode representar motivação, compreensão e adequação das respostas, principalmente quando em situações-limite, eventos estressantes e não controláveis, como no acometimento de doenças crônico-degenerativas⁽¹⁸⁾.

A tendência atual é de um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, apresentam maiores condições crônicas. Salienta-se que o aumento do número de doenças crônicas está diretamente relacionado à maior incapacidade funcional⁽¹⁹⁾. De um modo geral, indivíduos idosos são portadores de múltiplos problemas de saúde coexistentes. A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são doenças crônico-degenerativas predominantes na terceira idade⁽²⁰⁾.

Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis – estados permanentes ou de longa permanência – que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente, o que tende a comprometer sua qualidade de vida⁽¹⁹⁾.

A diversificação das ações dos profissionais de saúde, em destaque dos enfermeiros a esta parcela populacional, vem sendo foco de diversos estudos, na tentativa de viabilizar vida com qualidade para os mesmos, reduzindo os efeitos e as consequências dos diversos distúrbios que acometem a velhice, especialmente as doenças crônicas⁽²¹⁾.

Contudo, a prevalência desses problemas crônicos de saúde com sua incapacidade associada não difere substancialmente do observado em outros países mais desenvolvidos. Trata-se, na verdade, de uma consequência natural do envelhecimento populacional.

No entanto, o envelhecimento bem sucedido é o resultado de um processo ao longo da vida. A pouca atividade física, dieta desequilibrada, baixa autoestima e falta de ocupação não apresenta cura medicamentosa, fazendo-se necessário que os profissionais de saúde intensifiquem a prevenção das doenças/incapacidades através de práticas saudáveis⁽²²⁾.

Neste contexto, oferecer uma assistência às necessidades físicas, apoio psicológico, além de incluir estratégias que ofereçam o autoconhecimento, o autocontrole e a participação ativa dessas pessoas no próprio cuidado, propicia condições mais saudáveis e de maior autonomia. Esta realidade mostra que a teoria do déficit de autocuidado proposta por Orem, possui aplicabilidade no cotidiano de idosas institucionalizadas, uma vez que esta população muitas vezes encontra-se em situações em que o autocuidado está deficiente⁽²³⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se que a prática do autocuidado era parcialmente satisfatória, principalmente em relação à hidratação, às eliminações, ao sono e repouso, à manutenção da saúde, à interação social, à adaptação ao ambiente institucional, às alterações do ciclo vital e ao controle dos problemas crônicos de saúde. Este déficit de autocuidado estava associado às limitações físicas inerentes ao ciclo vital, déficit de conhecimento e baixo poder aquisitivo.

As instituições asilares, geralmente inadequadas para o atendimento das necessidades psico-biológicas e sócio-espirituais dos idosos, proporcionam um precário nível de saúde e de bem-estar, o isolamento e o desinteresse pela vida e, sobretudo, mantendo-se alheias a sua cidadania. Portanto, as instituições que abrigam idosos devem integrar uma rede de atendimento integral institucional.

No que se refere à atuação do enfermeiro na promoção da saúde das idosas, sugere-se como estratégias: a consulta de enfermagem como um

momento favorável ao relato de queixas e planejamento do cuidado integral, a elaboração de um plano de condutas a partir da prevenção do câncer ginecológico e de mama, imunização, visita regular ao dentista e ao oftalmologista, bem como medidas preventivas relacionadas ao estilo de vida saudável, oficinas educativas que objetivem o desenvolvimento das potencialidades e da prática de autocuidado.

A partir das demandas e/ou necessidades de autocuidado identificadas, o sistema de apoio educativo de Orem irá subsidiar as intervenções de enfermagem que visem engajar as idosas nas ações de autocuidado, tornando-as agentes de autocuidado. Associando também ao sistema parcialmente compensatório de Orem, em decorrência das limitações físicas apresentadas pelas idosas. Então, a Teoria do Déficit do Autocuidado permeou todas as etapas do estudo e norteará a atuação do enfermeiro junto à clientela pesquisada.

Diante do aludido, acredita-se que os resultados deste estudo poderão contribuir para construção de reflexões críticas entre os enfermeiros e demais profissionais de saúde, atuantes no processo saúde-doença, independentemente dos níveis de atenção à saúde, sobre a reorientação e eficácia na operacionalização dos serviços na atenção básica, pautados nos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), no sentido de promover a saúde dos idosos – institucionalizados ou não - além de fornecer suporte adequado aos seus cuidadores, sejam os profissionais ou familiares.

REFERÊNCIAS

1. Costa MFL, Veras R. Saúde Pública e envelhecimento. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):700-6.
2. Marilene N, Perlini OG, Leite MT, Furini, AC. Buscando una institución para que viva el anciano: los motivos de los familiares. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(2):229-36.
3. Campos FJR, Lobato TMF. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface Comun Saúde Educ*. 2005; 9(16):147-58.
4. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005: regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
5. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. Geórgia: Mosby; 1995.
6. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2004.
7. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, 1996; 4(2 supl.):15-25.
8. Assis M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idoso. *Revista APS*. 2005; 8(1):15-24.
9. Smeltzer SC, Bare BG. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
10. Quintão MG, Oliveira SAS, Guedes HM. Incontinência fecal: perfil dos idosos residentes na cidade de Rio Piracicaba-MG. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010; 13(2):191-201.
11. Tramontino VS, Nuñez JMC, Takahashi JMF, Daroz CBS, Barbosa CMR. Nutrição para idosos. *Rev Odontol USP*. 2009; 21(3):258-67.
12. Tier CG, Fontana RT, Soares NV. Refletindo sobre idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm*. 2004; 57(3):332-5.
13. Sánchez Salgado CD. Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2002; 15(4):7-19.
14. Nascimento SS, Oliveira DF, Barbosa LR, Stival MM. Julgamento clínico de enfermagem e idosos portadores de diabetes mellitus fundamentado na teoria do déficit

do autocuidado. Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente. 2008; 11(2):91-106.

15. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2009.

16. Espitia AZ, Martins JJ. Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: encontros e desencontros. Arq Catarin Med. 2006; 35(1):52-9.

17. Barbosa ET, Werba GC. Arteterapia e idosos institucionalizados: uma experiência no tempo. Rev Conversas Interdiscip. 2009; 1(1):1-16.

18. Barbosa KA, Freitas MH. Religiosidade e atitude diante da morte em idosos sob cuidados paliativos. Rev Kairós. 2009; 12(1):113-34.

19. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MELV, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos

idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007; 23(8):1924-30.

20. Caetano JA, Costa AC, Santos ZMSA, Soares E. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(2):327-35.

21. Oliveira CJ, Moreira TMM. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. Rev Rene. 2010; 11(1):76-85.

22. Fernandes MGM, Nascimento NFS, Costa KNFM. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. Rev Rene. 2010; 11(1):19-27.

23. Vitor AF, Lopes MVO, Araujo TL. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. Esc Anna Nery. 2010; 14(3):611-6.

Recebido: 16/03/2011
Aceito: 04/07/2012